

24 juni
Bilaga till

Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006

Bilaga 1 Beskrivning av indikatorer

Denna version av indikatorbeskrivningar kan komma att korrigeras hösten 2006, och då ersättas av något mera omfattande beskrivningar av vissa indikatorer

Indikatorbeskrivningar för indikatorer B1-B7 saknas. För information om indikatorer från Vårdbarometern (B1-B7), se www.vardbarometern.nu

A 1, A 2, Åtgärdbar dödlighet

Mått	Åtgärdbar dödlighet på landstingsnivå, år 2000-2003 sammantaget.																																																																																																						
Beskrivning	<p>Landstingens dödlighet i s.k. ”åtgärdbar dödlighet”. Bland de diagnoser som valts ut finns dels sådana som bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, s.k. <i>sjukvårdspolitiska indikatorer</i> och dels sådana som anses möjliga att påverka med hälsopolitiska insatser, s.k. <i>hälsopolitiska indikatorer</i>. Exempel på de förstnämnda är; diabetes, stroke och cervixcancer. Exempel på de sistnämnda är; lungcancer, levercirros och motortrafikolyckor,</p> <p><i>Lista över åtgärdbara dödsorsaker enligt internationell klassifikation (ICD9 och ICD10)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dödsorsak</th> <th>ICD-9</th> <th>ICD-10</th> <th>Ålder</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><i>Sjukvårdsindikatorer</i></td> </tr> <tr> <td>Tuberkulos</td> <td>010-018, 137</td> <td>A15-A19, B90</td> <td>1-74 år</td> </tr> <tr> <td>Cervixcancer</td> <td>180</td> <td>C53</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Hodgkins sjukdom</td> <td>201</td> <td>C81</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Kronisk reumatisk hjärtsjukdom</td> <td>393-398</td> <td>I05-I09</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>250</td> <td>E10-E14</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Andningsorganens sjukdomar</td> <td>460-519</td> <td>J00-J99</td> <td>1-14 år</td> </tr> <tr> <td>Astma</td> <td>493</td> <td>J45-J46</td> <td>1-74 år</td> </tr> <tr> <td>Blindtarmsinflammation</td> <td>540-543</td> <td>K35-K38</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Bukbräck</td> <td>550-553</td> <td>K40-K46</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten</td> <td>574-575.1, 576.1</td> <td>K80-K81, K83.0</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Hypertonisjukdomar</td> <td>401-405</td> <td>I10-I15</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Stroke</td> <td>430-438</td> <td>I60-I69</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet</td> <td>630-676</td> <td>O00-O99</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Tyfoidfieber</td> <td>002.0</td> <td>A01.0</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Kikhosta</td> <td>033</td> <td>A37</td> <td>1-14 år</td> </tr> <tr> <td>Tetanus</td> <td>037</td> <td>A35</td> <td>1-74 år</td> </tr> <tr> <td>Mässling</td> <td>055</td> <td>B05</td> <td>1-14 år</td> </tr> <tr> <td>Osteomyelit</td> <td>730</td> <td>M86-M87</td> <td>1-74 år</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><i>Hälsopolitiska indikatorer</i></td> </tr> <tr> <td>Lungcancer</td> <td>162</td> <td>C34</td> <td>1-74 år</td> </tr> <tr> <td>Cancer i matstrupe</td> <td>150</td> <td>C15</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Levercirros</td> <td>571</td> <td>K70, K73-K74</td> <td>”</td> </tr> <tr> <td>Motortrafikolyckor</td> <td>E810-823</td> <td>V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor I trafik</td> <td>”</td> </tr> </tbody> </table>			Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder	<i>Sjukvårdsindikatorer</i>				Tuberkulos	010-018, 137	A15-A19, B90	1-74 år	Cervixcancer	180	C53	”	Hodgkins sjukdom	201	C81	”	Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393-398	I05-I09	”	Diabetes	250	E10-E14	”	Andningsorganens sjukdomar	460-519	J00-J99	1-14 år	Astma	493	J45-J46	1-74 år	Blindtarmsinflammation	540-543	K35-K38	”	Bukbräck	550-553	K40-K46	”	Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574-575.1, 576.1	K80-K81, K83.0	”	Hypertonisjukdomar	401-405	I10-I15	”	Stroke	430-438	I60-I69	”	Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630-676	O00-O99	”	Tyfoidfieber	002.0	A01.0	”	Kikhosta	033	A37	1-14 år	Tetanus	037	A35	1-74 år	Mässling	055	B05	1-14 år	Osteomyelit	730	M86-M87	1-74 år	<i>Hälsopolitiska indikatorer</i>				Lungcancer	162	C34	1-74 år	Cancer i matstrupe	150	C15	”	Levercirros	571	K70, K73-K74	”	Motortrafikolyckor	E810-823	V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor I trafik	”
Dödsorsak	ICD-9	ICD-10	Ålder																																																																																																				
<i>Sjukvårdsindikatorer</i>																																																																																																							
Tuberkulos	010-018, 137	A15-A19, B90	1-74 år																																																																																																				
Cervixcancer	180	C53	”																																																																																																				
Hodgkins sjukdom	201	C81	”																																																																																																				
Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	393-398	I05-I09	”																																																																																																				
Diabetes	250	E10-E14	”																																																																																																				
Andningsorganens sjukdomar	460-519	J00-J99	1-14 år																																																																																																				
Astma	493	J45-J46	1-74 år																																																																																																				
Blindtarmsinflammation	540-543	K35-K38	”																																																																																																				
Bukbräck	550-553	K40-K46	”																																																																																																				
Gallsten samt kolecystit och utan uppgift om gallsten	574-575.1, 576.1	K80-K81, K83.0	”																																																																																																				
Hypertonisjukdomar	401-405	I10-I15	”																																																																																																				
Stroke	430-438	I60-I69	”																																																																																																				
Komplikationer vid graviditet och förlossning samt i puerperiet	630-676	O00-O99	”																																																																																																				
Tyfoidfieber	002.0	A01.0	”																																																																																																				
Kikhosta	033	A37	1-14 år																																																																																																				
Tetanus	037	A35	1-74 år																																																																																																				
Mässling	055	B05	1-14 år																																																																																																				
Osteomyelit	730	M86-M87	1-74 år																																																																																																				
<i>Hälsopolitiska indikatorer</i>																																																																																																							
Lungcancer	162	C34	1-74 år																																																																																																				
Cancer i matstrupe	150	C15	”																																																																																																				
Levercirros	571	K70, K73-K74	”																																																																																																				
Motortrafikolyckor	E810-823	V-koder under kap XX som avser motorfordonsolyckor I trafik	”																																																																																																				
Mätmetod	Åldersstandardiserade dödstal per 100 000 invånare i åldersgruppen 1-74 år beräknas per landsting där rikets befolkning 2000 har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.																																																																																																						
Datakälla	Dödsorsaksregistret vid EpC, Socialstyrelsen.																																																																																																						

Felkällor	<p>Måttet utarbetades i mitten av 1980-talet inom EU. Arbetet inom EU resulterade i två atlaser där de regionala skillnaderna mellan och inom EU-länderna redovisades. Måttet har senare modifierats och t.ex. diabetes har lagts till bland sjukvårdsindikatorerna och cancer i matstrupe bland de hälsopolitiska indikatorerna. Vidare har den åldersgrupp som studerats koncentrerats till åldern 1-74 år.</p> <p>Tolkningen bör ske med en viss försiktighet då sättet att sätta diagnoser kan variera mellan landstingen. Särskilt kan detta gälla diabetes. Små landsting tenderar också att få instabilare värden.</p>
------------------	---

A 3, Relativ överlevnad i tjocktarmscancer, män

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer under perioden 1998-2004.
Beskrivning	<p>Den relativa femårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer under perioden 1998-2004. De som ingår i sammanställningen är de patienter som fick sin första tjocktarmscancer under perioden vid en ålder av 0-89 år. Patienterna har följts upp m.a.p. död t.o.m. december 2005.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har avvänts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år. Detta är viktigt med tanke på mindre landsting för vilka överlevnaden annars skulle baseras på endast ett litet antal patienter.</p> <p>För män var andelen diagnoser i tjocktarmscancer sju procent av samtliga cancerdiagnoser 2004. Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. i avseende på behandling har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.</p>
Mätmetod	Relativ överlevnad är en standardmetod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Den beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Cancerregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat, startades 1958, och regleras idag genom lagen om hälsodataregister (1998:543), förordningen om cancerregister hos Socialstyrelsen (2001:709) samt Socialstyrelsens föreskrift (2003:13). Anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>



A 3, Relativ överlevnad i tjocktarmscancer, kvinnor

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer under perioden 1998-2004.
Beskrivning	<p>Den relativa femårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med tjocktarmscancer under perioden 1998-2004. De som ingår i sammanställningen är de patienter som fick sin första tjocktarmscancer under perioden vid en ålder av 0-89 år. Patienterna har följts upp m.a.p. död t.o.m. december 2005.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har avvänts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år. Detta är viktigt med tanke på mindre landsting för vilka överlevnaden annars skulle baseras på endast ett litet antal patienter.</p> <p>För kvinnor var andelen diagnoser i tjocktarmscancer åtta procent av samtliga cancerdiagnoser 2004. Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. i avseende på behandling har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.</p>
Mätmetod	Relativ överlevnad är en standardmetod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Den beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om tjocktarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Cancerregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat, startades 1958, och regleras idag genom lagen om hälsodataregister (1998:543), förordningen om cancerregister hos Socialstyrelsen (2001:709) samt Socialstyrelsens föreskrift (2003:13). Anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras av de breda konfidensintervallen.</p>



A 4, Relativ överlevnad i ändtarmscancer, män

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer under perioden 1998-2004.
Beskrivning	<p>Den relativa femårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer under perioden 1998-2004. De som ingår i sammanställningen är de patienter som fick sin första ändtarmscancer under perioden vid en ålder av 0-89 år. Patienterna har följts upp m.a.p. död t.o.m. december 2005.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har avvänts för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år. Detta är viktigt med tanke på mindre landsting för vilka överlevnaden annars skulle baseras på endast ett litet antal patienter.</p> <p>För män var andelen diagnoser i ändtarmscancer fyra procent av samtliga cancerdiagnoser 2004. Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. i avseende på behandling har vi valt att redovisas överlevnaden var för sig.</p>
Mätmetod	Relativ överlevnad är en standardmetod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Den beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Cancerregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat, startades 1958, och regleras idag genom lagen om hälsodataregister (1998:543), förordningen om cancerregister hos Socialstyrelsen (2001:709) samt Socialstyrelsens föreskrift (2003:13). Anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras dels av de breda konfidensintervallen, dels av att Gottland ligger bland de bästa landstigen vad gäller överlevnaden för män och sämst vad Östergötland för överlevnad för kvinnor.</p>

A 4, Relativ överlevnad i ändtarmscancer, kvinnor

Mått	Relativ femårsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer under perioden 1998-2004.
Beskrivning	<p>Den relativa femårsöverlevnaden har beräknats för de patienter som diagnostiserats med ändtarmscancer under perioden 1998-2004. De som ingår i sammanställningen är de patienter som fick sin första ändtarmscancer under perioden vid en ålder av 0-89 år. Patienterna har följts upp m.a.p. död t.o.m. december 2005.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har avväntats för att öka antalet patienter med en uppföljning på minst fem år. Detta är viktigt med tanke på mindre landsting för vilka överlevnaden annars skulle baseras på endast ett litet antal patienter.</p> <p>För kvinnor var andelen diagnoser i ändtarmscancer fyra procent av samtliga cancerdiagnoser 2004. Det är vanligt att tjock- och ändtarmscancer redovisas som en enhet (kolorektalcancer) men då dessa cancertyper skiljer sig åt, t.ex. i avseende på behandling har vi valt att redovisa överlevnaden var för sig.</p>
Mätmetod	Relativ överlevnad är en standardmetod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Den beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om ändtarmscancer var den enda möjliga dödsorsaken. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Cancerregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	<p>Cancerregistret är väl etablerat, startades 1958, och regleras idag genom lagen om hälsodataregister (1998:543), förordningen om cancerregister hos Socialstyrelsen (2001:709) samt Socialstyrelsens föreskrift (2003:13). Anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet.</p> <p>Trots att patienter från sju diagnosår har använts i beräkningen baseras överlevnaden i de mindre landstigen på ett litet antal patienter. Detta medför att slumpvariationer kan ha influerat de observerade skillnaderna, vilket illustreras dels av de breda konfidensintervallen, dels av att Gottland ligger bland de bästa landstingen vad gäller överlevnaden för män och sämst vad Östergötland för överlevnad för kvinnor.</p>

A 5, Relativ överlevnad i bröstcancer

Mått	Relativ femårsöverlevnad för kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer under perioden 1998-2004.
Beskrivning	<p>Den relativa femårsöverlevnaden har beräknats för de kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer under perioden 1998-2004. De kvinnor som ingår i sammanställningen är de som fick sin första bröstcancer under perioden vid en ålder av 0-89 år. Kvinnorna har följts upp m.a.p. död t.o.m. december 2005.</p> <p>De sju senaste tillgängliga diagnosåren har avväntats för att öka antalet kvinnor med en uppföljning på minst fem år. Detta är viktigt med tanke på mindre landsting för vilka överlevnaden annars skulle baseras på relativt litet antal patienter.</p> <p>Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och utgjorde 30 procent av samtliga kvinnliga cancerdiagnoser 2004.</p>

Mätmetod	Relativ överlevnad är en standardmetod för att beräkna överlevnaden efter en cancerdiagnos utifrån populationsbaserade cancerregister. Den beskriver cancerpatienternas överlevnad i förhållande till den förväntade överlevnaden för personer som inte diagnostiserats med cancer. En relativ femårsöverlevnad på 50 % innebär att hälften av patienterna skulle ha varit vid liv efter fem år om bröstcancer var den enda möjliga dödsorsaken. Vid beräkningarna har hänsyn tagits till eventuella skillnader i medellivslängd mellan länen. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Cancerregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	Cancerregistret är väl etablerat, startades 1958, och regleras idag genom lagen om hälsodataregister (1998:543), förordningen om cancerregister hos Socialstyrelsen (2001:709) samt Socialstyrelsens föreskrift (2003:13). Anmälan till registret är obligatoriskt. Det grundläggande datamaterialet får anses vara av en mycket god kvalitet. Mammografiscreening finns idag i samtliga landsting. Det finns skillnader mellan landstingen, dels i när screeningverksamheten startade, dels inom vilket åldersintervall som en kvinna bjuds in till screening. Dessa båda faktorer kan påverka överlevnaden och kan ha bidragit till de observerade skillnaderna mellan landstingen. Det är dock inte skillnader i åldersstrukturen i de diagnostiserade kvinnorna i sig som förklarar skillnaderna canceröverlevnad mellan landstingen.

A 6, Samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka hos personer 75 år och äldre

Mått	Samtidig användning av tre eller fler psykofarmaka hos personer 75 år och äldre
Beskrivning	Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci (samtidig användning av många läkemedel). Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner (se nedan), utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.
Mätmetod	1. En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas. 2. De konstruerade aktuella läkemedelslistorna för varje individ, analyseras med avseende på ett antal kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Läkemedelsregistret, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutenvård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

A 7, Förekomsten av D-interaktioner hos personer 75 år och äldre

Mått	Förekomsten av D-interaktioner hos personer 75 år och äldre
-------------	---

Beskrivning	D-interaktioner utgör tillsammans med C-interaktioner de kliniskt relevanta läkemedelsinteraktionerna (kombinationer av läkemedel som kan påverka varandras effekter) varav D-interaktioner är den mest allvarliga. D-interaktioner kan, enligt FASS, "leda till allvarliga kliniska konsekvenser i form av svåra biverkningar, utebliven effekt eller är i övrigt svårt att bemästra med individuell dosering. Kombinationen bör därför undvikas".
Mätmetod	1.En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ. I ett datauttag från läkemedelsregistret, omfattande en tremånadersperiod bakåt i tiden från den studerade tidpunkten, uppskattas aktuell läkemedelsanvändning vid denna, utifrån uppgifter om tidpunkt för uttag, mängd uttaget läkemedel samt ordinerad dosering. Beräkning av ordinerad dos kräver tolkning av doseringsangivelser som idag endast är registrerad som fri text. Ibland måste vissa antaganden göras, då informationen om dosering är ofullständig eller saknas. 2.De konstruerade aktuella läkemedelslistorna för varje individ, analyseras med avseende på ett antal kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Läkemedelsregistret, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar inte läkemedel ordinerade i slutna vård, dispenserade från läkemedelsförråd, eller köpta utan recept, vilket kan leda till en underskattning av läkemedelsanvändningen hos äldre. Vidare innehåller läkemedelsregistret endast information om läkemedel som är uthämtade från apoteket, vilket kan medföra en underskattning av mängden förskrivna läkemedel. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser.

A8 MPR-vaccinering barn

Mått	Andel barn som MPR-vaccinerats, januari 2005
Beskrivning	Indikatorn avser andelen barn födda 2002 som vaccinerats med minst en dos avseende mässling, påssjuka och röda hund.
Mätmetod	Från 1830 BVC-enheter insamlades av Smittskyddsinstitutet i januari 2005 data om vaccinationsstatus för barn födda under 2002. Uppgifterna hämtas ur BVC-journal. För Örebro och Uppsala hämtas uppgifterna ur landstingens vaccinationsregister. Antalet vaccinerade barn relateras per landsting till totala antalet folkbokförda barn, födda under 2002, enligt SCBs befolkningsstatistik.
Datakälla	Smittskyddsinstitutet
Felkällor	Genomsnittlig rapportfrekvens motsvarade 99,8% av alla tvååringar. Icke folkbokförda barn kan ingå i redovisningen, liksom att underrapportering kan ske.

A9 Vaccinering mot influensa - äldre

Mått	Ändel invånare 65 år och äldre som influensavaccinerades hösten 2004
Beskrivning	Varje år på våren insamlas genom smittskyddsläkarna/smittskyddsenheterna i landstingen uppgifter om hur stor andel av alla invånare 65 år och äldre som influensavaccinerats under hösten.
Mätmetod	Uppgifter insamlas från landstingens smittskyddsenheter. Dessa består av bedömningar som görs med olika metod och underlag i olika landsting: Enkäter till urval av äldre, uppskattning via vaccinförskrivning, registrering i primärvården m m.
Datakälla	Smittskyddsenheterna i landstingen; sammanställning publicerad som Power Point presentation, via Smittskyddsläkarförbundet: www.slff.se/smittykydd .
Felkällor	Frånvaro av enhetlig metod för att beräkna-bedöma antalet givna vaccinationer i den aktuella åldersgruppen utgör en mycket stor osäkerhetskälla.

A 10 Dödfödda barn

Mått	Antal dödfödda per 1000 födda, under perioden 2000-2003.
Beskrivning	Dödföddhet definieras som framfödande av ett barn utan livstecken efter 28:e graviditetsveckan. Fosterdöden kan inträffa under, vilket är ovanligare, eller före förlossning. Missbildningar, infektioner, allvarlig sjukdom hos modern, komplikationer i moderkaka och/eller navelsträng är några orsaker till fosterdöd, men fortfarande kan man inte identifiera någon uppenbar orsak till fosterdöden i 10-15 procent av fallen.
Mätmetod	Antal per 1000 födda. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2000 – 2003 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	Medicinska födelseregistret omfattar uppgifter om graviditeter, förlossningarna och nyfödda barn i Sverige sedan 1973. Bortfallet uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Brister i registerinformationen kan uppstå på många sätt. Journalunderlaget kan vara bristfälligt, diagnoser som borde ha ställts har inte ställts, diagnoser eller andra viktiga uppgifter har inte förts in i journalerna och har därför inte kommit med i registret. Uppgifter kan finnas i journalen men inte med i det underlag som går till datalagring.

A11 Neonatal dödlighet

Mått	Antal döda inom 28 dygn per 1000 levande födda, under perioden 2000-2003.
Beskrivning	Neonatal dödlighet är det antal barn som avlidit inom 28 dagar efter förlossningen. Nivån på den neonatala dödligheten kan vara en effekt av både förlossningsvårdens och den neonatala vårdens kvalitet.
Mätmetod	Antal per 1000 levande födda. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2000 – 2003 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	Medicinska födelseregistret omfattar uppgifter om graviditeter, förlossningarna och nyfödda barn i Sverige sedan 1973. Bortfallet uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Brister i registerinformationen kan uppstå på många sätt. Journalunderlaget kan vara bristfälligt, diagnoser som borde ha ställts har inte ställts, diagnoser eller andra viktiga uppgifter har inte förts in i journalerna och har därför inte kommit med i registret. Uppgifter kan finnas i journalen men inte med i det underlag som går till datalagring.

A 12 Låg Apgar-poäng hos nyfödda

Mått	Andel födda med låg Apgar-poäng vid fem minuter, under perioden 2000-2003.
Beskrivning	Apgar-poäng är ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyfödda för att avgöra deras vitalitet. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnets hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och reflexer på en skala mellan noll och två. Detta görs en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Högsta möjliga Apgar-poäng vid en bedömning är således tio. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under sju poäng vid fem minuter.
Mätmetod	Procent av alla levande födda. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2000 – 2003 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	Medicinska födelseregistret omfattar uppgifter om graviditeter, förlossningarna och nyfödda barn i Sverige sedan 1973. Bortfallet uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Brister i registerinformationen kan uppstå på många sätt. Journalunderlaget kan vara bristfälligt, diagnoser som borde ha ställts har inte ställts, diagnoser eller andra viktiga uppgifter har inte förts in i journalerna och har därför inte kommit med i registret. Uppgifter kan finnas i journalen men inte med i det underlag som går till datalagring.

A 13 Perinealbristning vid vaginal förlossning

Mått	Andelen bristningar av graden III och IV vid vaginal förlossning, under perioden 2000-2003.
Beskrivning	Perinealbristningar är under förlossningen uppkommen bristning av mjukdelarna mellan slidöppningen och ändtarmsöppningen. Inom förlossningsvården har andelen perinealbristningar ökat under de två senaste decennierna. Variationen mellan sjukhus och landsting tyder på att frekvensen perinealbristningar kan påverkas och att ett avsevärt antal förlossningsskador därmed kan undvikas. Därtill kommer att perinealbristningar som inte blir upptäckta och adekvat åtgärdade medför allvarliga problem för kvinnor.
Mätmetod	Procent av alla vaginala förlossningar. Ålderstandardisering har gjorts med samtliga förlösta kvinnor under åren 2000 – 2003 som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har gjorts på mödrarnas hemort.
Datakälla	Medicinska födelseregistret, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	Medicinska födelseregistret omfattar uppgifter om graviditeter, förlossningarna och nyfödda barn i Sverige sedan 1973. Bortfallet uppskattas totalt till mellan 0,5 och 3 procent per år, men är något högre för barn som dör under nyföddhetsperioden. Brister i registerinformationen kan uppstå på många sätt. Journalunderlaget kan vara bristfälligt, diagnoser som borde ha ställts har inte ställts, diagnoser eller andra viktiga uppgifter har inte förts in i journalerna och har därför inte kommit med i registret. Uppgifter kan finnas i journalen men inte med i det underlag som går till datalagring.

A 14 Sena aborter

Mått	Antal aborter efter 12:e graviditetsveckan per 1000 kvinnor i åldern 15 till 44, under perioden 2001-2005.
Beskrivning	Det är av flera skäl önskvärt att andelen sena aborter är låg, även vid sidan av de psykologiska. Det är efter vecka 12-14 svårare att vidga livmoderhalskanalen tillräckligt för att utrymma graviditeten. Sjukvårdsinsatserna i samband med aborten blir därmed mera omfattande än vid en tidig abort. I 15-20 procent av fallen behöver även skrapning göras, vilket sker under narkos och på operationsavdelning. I arbetet för att förebygga sena aborter är mödrahälsovården en nyckelaktör.
Mätmetod	Antal per 1000 kvinnor i åldern 15 till 44. Den geografiska fördelningen har gjorts på kvinnornas hemort.
Datakälla	Abortstatistik, Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
Felkällor	Socialstyrelsens abortstatistik innehåller samtliga legala aborter som genomförts i Sverige sedan 1975. Uppgifterna lämnas från främst kvinnokliniker och gynekologiska avdelningar på sjukhus och sammanställs i olika rapporter och publikationer. Statistiken omfattar till exempel kvinnans ålder, hemort, tidigare förlossningar och aborter, graviditetens längd vid aborten och abortmetod. Underrapporteringen bedöms vara försumbar.

A 15, Andel som uppnår behandlingsmål för HbA1c - primärvård

Mått	Andel som uppnår behandlingsmål för HbA1c 2005 - primärvård
Beskrivning	HbA1c är ett blodprov vars koncentration speglar medelnivå för blodglukos under senaste månaden före provtagningstillfället.
Mätmetod	Indikatorn anger de andelar (%) patienter som i respektive landsting uppnår behandlingsmålet HbA1c \leq 6.0%. Samtliga patienter i NDR med känd debutålder \geq 30 år och med en ålder \leq 75 år som har rapporterats i NDR under år 2005 ingår. I analysen ingår både män och kvinnor. Mätningen av HbA1c (Mono-S metoden) har standardiserats över landet
Datakälla	Nationella diabetesregistret 2005
Felkällor	Den viktigaste felkällan är täckningsgraden i primärvården. Antalet inrapporterade patienter har år från år ökat, främst på grund av ökad rapportering från primärvården. För 2005 finns information om totalt cirka 120.000 patienter. Antalet diabetiker har uppskattats uppgå till 4 % av befolkningen i Sverige. Täckningsgraden för NDR kan därmed beräknas till 35% för hela riket, med variationer mellan landsting. I analysen ingår både män och kvinnor. Spridningen beträffande andel deltagande kvinnor var påtagligt liten, varför skillnaden i andel kvinnor inte kan anses ha inverkan på möjligheten att uppnå de olika behandlingsmålen.

A 16, Andel som uppnår mål för blodtryck - primärvård

Mått	Andel som uppnår mål för systoliskt blodtryck 2005 – primärvården
Beskrivning	Behandlingsmålen för blodtryck följer de senaste internationella riktlinjerna, som är lägre än de målvärden som tidigare tillämpats i svensk diabetesvård och de som återfinns i de nationella riktlinjerna.
Mätmetod	Indikatorn anger de andelar (%) patienter som i respektive landsting uppnår behandlingsmålet systoliskt blodtryck \leq 130 mmHg. Samtliga patienter med känd debutålder \geq 30 år och med en ålder \leq 75 år, som har rapporterats i NDR under år 2005 ingår. I analysen ingår både män och kvinnor. För mätning av blodtrycket har primärvården uppmanas av NDR att följa gällande nationella riktlinjer.
Datakälla	Nationella diabetesregistret 2005
Felkällor	Se A15 ovan

A 17, Andel ögonbottenkontroll - medicinklinik

Mått	Andel ögonbottenkontroll 2005 - medicinklinik
Beskrivning	Måttet visar andelen patienter vid medicinklinik vars ögonbottenstatus kontrollerats de senaste åren.
Mätmetod	Ingår gör samtliga diabetespatienter vid medicinkliniker med en känd debutålder $<$ 30 år, respektive \geq 30 år, och med en ålder \leq 75 år som har rapporteras i NDR under år 2005. I analysen ingår både män och kvinnor.
Datakälla	Nationella diabetesregistret 2005
Felkällor	Antalet medicinkliniker som deltog i NDR 2005 var cirka 90, vilket är i stort sett samtliga landets medicinkliniker. Data som importerats från journalsystem kan påverka resultaten. Sahlgrenska Universitetssjukhuset ingår ej i redovisningen för Västra Götaland, p g a osäkra/felaktiga data.

A18, 28-dagars dödlighet efter stroke

Mått	28-dagars dödlighet efter stroke bland män respektive kvinnor
Beskrivning	Andelen döda inom 28 dagar bland förstagångsfall av stroke åren 2001-2003. Förstagångsfall har skattats med krav på sju år utan föregående strokediagnos i Patientregistret.
Mätmetod	Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av stroke i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken stroke inom 28 dagar hänförs till ett strokefall. De koder enligt klassifikationen ICD10 som söks för detta är I61, I63 och I64. Endast de personer som inte haft någon strokediagnos Patientregistrets slutenvårdsdel under de sju föregående åren har ingått i beräkningen. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Andelen döda inom 28 dagar efter stroke har ålderstandardiserats med alla fall av stroke år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Samkörning av Patientregistret och Dödsorsaksregistret vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen
Felkällor	Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

A:19 Andel strokepatienter som var ADL-beroende

Mått	Andel beroende patienter i p-ADL 3 månader efter insjuknandet i stroke bland dem som vad p-ADL-oberoende före insjuknandet, 2004.
Beskrivning	p-ADL-beroende avser personligt beroende, d v s beroende av andra för olika vardagliga sysslor. p-ADL anges enligt Riks-Stroke bestå av förflyttning, toalettbesök, av- och påklädning. Täljare: Antal beroende patienter i samtliga p-ADLdimensioner enligt Riks-Stroke 3 månader efter insjuknandet i stroke Nämnare: Samtliga p-ADL-oberoende patienter före strokeinsjuknandet
Mätmetod	Följs upp av akutvården (läkarbesök vid 3-månaderstillfället). Dokumenteras och registreras i Riks-Stroke.
Datakälla	Riks-Stroke
Felkällor	Varierande täckningsgrad i landstingen avseende andelen strokepatienter som registreras i Riks-stroke Varierande täckningsgrad i landstingen avseende 3-månadersuppföljningen Oklarhet om tolkningen av beroende/oberoende i de 3 olika ADL-delarna

A:20 Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet

Mått	Andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet som uppfyller kriterierna för en välfungerande strokeenhet, 2004. Kvinnor och män, separat redovisade
Beskrivning	Kriterierna för en välfungerande strokeenhet beskrivs enligt Nationella riktlinjer för strokevård. Täljare: Antal patienter med stroke som vårdats på strokeenhet som motsvarar kriterierna för en välfungerande sådan. Nämnare: Samtliga patienter med stroke, som registrerats i Riks-Stroke
Mätmetod	Registrering i Riks-Stroke.
Datakälla	Riks-Stroke

Felkällor	Varierande täckningsgrad i landstingen avseende andelen strokepatienter som registreras i Riks-stroke En ytterligare felkälla kan vara att enhet som inte uppfyller kriterierna felaktigt uppges vara strokeenhet.

A 21, 28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt

Mått	28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt bland män respektive kvinnor
Beskrivning	Andelen av samtliga fall av akut hjärtinfarkt som avled inom 28 dagar efter infarkt under åren 2001 till 2003.
Mätmetod	Samtliga vårdtillfällen med någon diagnos av akut hjärtinfarkt i Patientregistrets slutenvårdsdel eller ett dödsfall med dödsorsaken akut hjärtinfarkt inom 28 dagar hänförs till ett fall av akut hjärtinfarkt. De koder enligt klassifikationen ICD10 som söks för detta är I21 och I22. Dödligheten inom 28 dagar mäts med Dödsorsaksregistret där alla avlidna beaktas oavsett dödsorsak. Andelen döda inom 28 dagar efter infarkt har ålderstandardiserats med alla fall av akut hjärtinfarkt år 2000 som standardpopulation. Samma standardpopulation har använts för män och kvinnor. Den geografiska fördelningen har gjorts på personernas hemort.
Datakälla	Samkörning av Patientregistret och Dödsorsaksregistret vid Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen
Felkällor	Mycket litet bortfall av personnummer i både Patientregistrets slutenvårdsdel och i Dödsorsaksregistret. Skiftande diagnoskriterier i de olika landstingen kan påverka resultaten.

A 22 Andel direkt PCI vid ST-höjningsinfarkt, m/kv

Mått	Andel patienter med ST-höjningsinfarkt som behandlades med direkt PCI 2005. Procent.
Beskrivning	Andelen patienter av samtliga fall av ST-höjningsinfarkt eller vänster grenblock (STEMI/LBBB) som efter diagnos fördes till PCI-center och reperfunderades med PCI, utan föregående trombolysbehandling.
Mätmetod	Samtliga patienter med diagnosen hjärtinfarkt och EKG-bilden ST-höjning (STE) eller vänstergrenbolck (LBBB) i Riks-Hias databas för 2005 inkluderades. Patienter i alla åldrar och även de patienter som ankom sjukhuset levande men som dog under sjukhusvistelsen ingår. täljaren är per varje landsting antalet PCI-behandlade, i nämnaren alla patienter med STEMI/LBBB. Patienternas landstingstillhörighet bestäms inte via patientens hemortslän utan av hemortslänet för det sjukhus som först tog in patienten. Landstingstillhörigheten för vården avser alltså det sjukhus som antingen ställer diagnos och själv PCI-behandlar eller efter diagnos remitterar till sjukhus med PCI-kapacitet, vilket kan ske redan i ambulansorganisationen, så att ambulansen dirigeras till PCI-sjukhuset utan att första passera akutmottagning vid "hemsjukhuset". Till Riks-Hia rapporteras vanligen patienter som skrivs in vid akutsjukhusens hjärtintensiv-vårdsavdelningar (HIA). Det finns akutsjukhus som deltar i Riks-Hia, men som inte har HIA, utan vårdar denna patientgrupp i annan typ av avdelning. Detta gör att patientgruppen som rapporteras till Riks-Hia kan skilja sig något mellan sjukhus.
Datakälla	Nationella kvalitetsregistrets Riks-Hias databas för 2005. Årlig rapportering från registret sker.

Felkällor	<p>Samtliga sjukhus i riket deltar, utom tre sjukhus i Norrbotten. Eventuella patienter som behandlas med PCI efter remitteringsbeslut från dessa tre sjukhus ingår därför inte i 2005 års data.</p> <p>Vid redovisning per landsting kan Riks-Hias metod att bestämma landstingstillhörighet medföra vissa skillnader i förhållande till redovisning strikt baserad på hemortslän.</p> <p>Variation mellan sjukhus/landsting avseende vilka patienter som skrivs in vid HIA respektive förekomst av annan vårdform än HIA, kan medföra att patientpopulationen som rapporteras till Riks-Hia kan skilja sig något åt.</p>

A 23 Andel kranskärlsröntgen vid icke-ST-höjningsinfarkt , m/kv

Mått	Andel patienter med icke ST-höjningsinfarkt som kranskärlsröntgades 2005. Procent.
Beskrivning	Andelen patienter av samtliga med icke ST-höjningsinfarkt (= annan infarkt än hjärtinfarkt med ST-höjning eller vänstergrenblock vid ankomsten) som i samband med slutenvårdstillfället genomgick kranskärlsröntgen som stöd för beslut om fortsatt behandling.
Mätmetod	<p>Samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt i Riks-Hias databas för 2005 inkluderades. Patienter i alla åldrar och som skrevs ut levande från sjukhuset ingår</p> <p>I täljaren är per varje landsting antalet kranskärlsröntgade patienter med icke-ST-höjningsinfarkt, i nämnaren alla patienter med icke-ST-höjningsinfarkt.</p> <p>Patienternas landstingstillhörighet bestäms inte via patientens hemortslän utan av hemortslänet för det sjukhus som först tog in patienten. Landstingstillhörigheten för vården avser alltså det sjukhus som antingen ställer diagnos och själv PCI-behandlar eller efter diagnos remitterar till sjukhus med PCI-kapacitet, vilket kan ske redan i ambulansorganisationen, så att ambulansen dirigeras till PCI-sjukhuset utan att första passera akutmottagning vid "hemsjukhuset".</p> <p>Till Riks-Hia rapporteras vanligen patienter som skrivs in vid akutsjukhusens hjärtintensiv-vårdsavdelningar (HIA). Det finns akutsjukhus som deltar i Riks-Hia, men som inte har HIA, utan vårdar denna patientgrupp i annan typ av avdelning. Detta gör att patientgruppen som rapporteras till Riks-Hia kan skilja sig något mellan sjukhus.</p>
Datakälla	Nationella kvalitetsregistrets Riks-Hias databas för 2005. Årlig rapportering från registret sker.
Felkällor	<p>Samtliga sjukhus i riket deltar, utom tre sjukhus i Norrbotten. Eventuella patienter som kranskärlsröntgas efter beslut från dessa tre sjukhus ingår därför inte i 2005 års data.</p> <p>Vid redovisning per landsting kan Riks-Hias metod att bestämma landstingstillhörighet medföra vissa skillnader i förhållande till redovisning strikt baserad på hemortslän.</p> <p>Variation mellan sjukhus/landsting avseende vilka patienter som skrivs in vid HIA respektive förekomst av annan vårdform än HIA, kan medföra att patientpopulationen som rapporteras till Riks-Hia kan skilja sig något åt.</p>

A 24 Andel clopidogrelbehandlade vid icke-ST-höjningsinfarkt, m/kv

Mått	Andel patienter med icke ST-höjningsinfarkt (= annan infarkt än hjärtinfarkt med ST-höjning eller vänstergrenblock vid ankomsten)) som erhöll behandling med clopidogrel vid utskrivningen 2005. Procent.
Beskrivning	Andelen patienter av samtliga med icke ST-höjningsinfarkt (= annan infarkt än ST-höjningsinfarkt) som i samband med utskrivning från sjukhuset fick läkemedlet Clopidogrel som i förebyggande behandling.
Mätmetod	<p>Samtliga patienter med icke ST-höjningsinfarkt i Riks-Hias databas för 2005 inkluderades. Patienter i alla åldrar och som skrevs ut levande från sjukhuset ingår</p> <p>I täljaren är per varje landsting antalet patienter med icke-ST-höjningsinfarkt som vid utskrivning från sjukhus fick Clopidogrel, i nämnaren alla patienter med icke-ST-höjningsinfarkt.</p> <p>Patienternas landstingstillhörighet bestäms inte via patientens hemortslän utan av hemortslänet för det sjukhus som först tog in patienten. Landstingstillhörigheten för vården avser alltså det sjukhus som antingen ställer diagnos och själv PCI-behandlar eller efter diagnos remitterar till sjukhus med PCI-kapacitet, vilket kan ske redan i ambulansorganisationen, så att ambulansen dirigeras till PCI-sjukhuset utan att första passera akutmottagning vid "hemsjukhuset".</p> <p>Till Riks-Hia rapporteras vanligen patienter som skrivs in vid akutsjukhusens hjärtintensiv-vårdsavdelningar (HIA). Det finns akutsjukhus som deltar i Riks-Hia, men som inte har HIA, utan vårdar denna patientgrupp i annan typ av avdelning. Detta gör att patientgruppen som rapporteras till Riks-Hia kan skilja sig något mellan sjukhus.</p>
Datakälla	Nationella kvalitetsregistrets Riks-Hias databas för 2005. Årlig rapportering från registret sker.
Felkällor	<p>Samtliga sjukhus i riket deltar, utom tre sjukhus i Norrbotten.</p> <p>Vid redovisning per landsting kan Riks-Hias metod att bestämma landstingstillhörighet medföra vissa skillnader i förhållande till redovisning strikt baserad på hemortslän.</p> <p>Variation mellan sjukhus/landsting avseende vilka patienter som skrivs in vid HIA respektive förekomst av annan vårdform än HIA, kan medföra att patientpopulationen som rapporteras till Riks-Hia kan skilja sig något åt.</p>

A 25, Väntetid till hjärtkirurgi

Mått	Hjärtkirurgi - medianväntetid till operation i dagar, 2004
Beskrivning	Indikatorn avser tiden (antal dagar) mellan tidpunkten för beslut om att operation skall utföras och tidpunkt för utförd operation. Måttet visar om det finns
Mätmetod	<p>Medianväntetid är den väntetid som patienterna "i mitten" fick vänta, om man listar alla opererade patienters väntetid från lägsta till högsta värde. Medianväntetiden är också den mest frekvent förekommande väntetiden.</p> <p>Alla patienter ingår i redovisningen, både de som opereras akut och de som väntat länge på operation, vid t ex transplantation eller vid självvald väntan.</p> <p>Hjärtkirurgi utförs inte i alla landsting, men patienter från alla landsting remitteras till de centra som utför ingreppet. Patientens hemortslän styr redovisningen av väntetider per landsting.</p>
Datakälla	Svenska Hjärtkirurgiregistret

Felkällor	Täckningsgraden för denna variabler i registret är god och uppgår till 90 procent eller högre. För vissa landsting kan enskilda år antalet observationer vara lågt och medföra slumpmässig osäkerhet.

A 26 Knäledsplastik – revisioner inom ett år pga infektion

Mått	Knäledsplastik - antal revisioner per 1000 operationer inom 1 år pga infektion, 1994-2003
Beskrivning	Revision innebär omoperation där proteskomponent lagts till, tagits bort eller bytts ut. Måttet anger per landsting antalet revisionsoperationer inom ett år efter primäroperationen, med infektion som orsak. Antalet anges per 1000 utförda primäroperationer.
Mätmetod	Alla patienter som registrerats i Svenska knäledsplastikregistret som opererade med ett total knä (helknä) under perioden 1994-2003. Ingen uppdelning av patienterna efter diagnos (artros och reumatoid artrit) har gjorts. Uppgifterna per landsting är baserade på klinikkens landstingstillhörighet, inte patienten.
Datakälla	Svenska Knäledsplastikregistret
Felkällor	Registrets täckningsgrad är god, enligt jämförelser mellan registrets operationer och Patientregistrets data. Ingen hänsyn tas i redovisningen till variation i landstingsspecifik revisions- eller infektionsrisk och varierande patientantal. Tolkningsproblem relaterade till denna förenkling har tidigare diskuterats allmänt i anslutning till geografiska jämförelser och har presenterats i Svenska knäprotesregistrets årsrapport från 2004. Även variation i behandling av infektion påverkar förekomst av revision p.g.a. infektion. Alla infektioner

A 27 Knäledsplastik – revisionsrisk, 5-års

Mått	Knäledsplastik – risk för revision inom fem år, alla orsaker, 1994-2003
Beskrivning	Revision innebär omoperation där proteskomponent lagts till, tagits bort eller bytts ut. Måttet anger per landsting risken för att en revisionsoperation utförs, inom fem år efter primäroperationen, oavsett vilken orsaken till revisionsoperationen är.
Mätmetod	Alla patienter som registrerats i Svenska knäledsplastikregistret som opererade med ett total knä (helknä) under perioden 1994-2003. Ingen uppdelning av patienterna efter diagnos (artros och reumatoid artrit) har gjorts. 95%-iga konfidensintervall anges i redovisningen. Uppgifterna per landsting är baserade på klinikkens landstingstillhörighet, inte patienten.
Datakälla	Svenska Knäledsplastikregistret

Felkällor	<p>Registrets täckningsgrad är god, enligt jämförelser mellan registrets operationer och Patientregistrets data.</p> <p>Ingen hänsyn tas i redovisningen till variation i landstingsspecifik revisionsrisk och till varierande patientantal. Tolkningsproblem relaterade till denna förenkling har tidigare diskuterats allmänt i anslutning till geografiska jämförelser och har presenterats i Svenska knäprotesregistrets årsrapport från 2004.</p>
------------------	--

A 28 Total höftledsplastik – överlevnad implantat, 10 års

Mått	10-års överlevnad av implantat vid total höftledsplastik 1992-2005, män och kvinnor
Beskrivning	10-års överlevnad av implantat vid total höftledsplastik, operationer utförda under perioden 1992-2005. Procent operationer där implantat överlevt. Med icke-överlevnad ("misslyckande") avses operation där proteskomponent eller hela protesen bytts ut.
Mätmetod	<p>Överlevnadstatistik enligt Kaplan-Meier-metoden används. Alla patienter ingår, oavsett ålder och bakomliggande sjukdomsorsak till operation. Antalet operationer i det studerade materialet uppgår till över 155 000.</p> <p>Resultatet redovisas med 95%igt konfidensintervall.</p> <p>Värdet per landsting baseras på data från klinikerna utifrån fysisk lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän.</p>
Datakälla	Nationalregistret för höftledsplastiker. Dessa data publiceras årligen avseende kliniker.
Felkällor	Täckningsgraden för denna variabel är mycket god. Olikartad åldersammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till operation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

A 29 Total höftledsplastik – omoperation inom 2 år, alla orsaker

Mått	Omoperation inom 2 år, alla orsaker, 2002-2005.
Beskrivning	Andelen operationer av alla total höftledsplastikoperationer där inom två år från den första operationen omoperation skett, oavsett vilken orsaken till omoperationen är.
Mätmetod	<p>Enbart komplikationer som behandlas kirurgiskt ingår (de som omopereras). Antibiotikabehandlade infektioner och icke-kirurgiska luxationer (urledvridningar) ingår därmed ej. Flera omoperationer på grund av samma orsak räknas som en omoperation. Vid omoperation vid annan klinik/landsting förs omoperationen till primärklinikern/-landstinget.</p> <p>Värdet per landsting baseras på data från klinikerna utifrån fysisk lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän</p>
Datakälla	Nationalregistret för höftledsplastiker. Dessa data publiceras årligen avseende kliniker
Felkällor	Täckningsgraden för denna variabel är mycket god. Olikartad åldersammansättning mellan landsting kan påverka resultatet, liksom variationer i bakomliggande sjukdomsorsak till primäroperation kan göra det. Även samverkan/arbetsfördelning mellan sjukhus avseende var komplicerade operationer med hög risk skall utföras, kan påverka resultatet.

A 30 Total höftledsplastik – patientskattad effekt av operation

Mått	Total höftledsplastik – patientskattad effekt av operation, 2002-2005
Beskrivning	Måttet anger patienternas uppskattning av sitt hälsotillstånd ett år efter operation, jämfört med hälsotillståndet före operationen - en patientskattad hälsovinst erhålls
Mätmetod	Skattning av hälsovinst sker med hjälp av instrumentet EQ-5D. EQ-5D hälsoindex är ett viktat totalvärde för hälsorelaterad livskvalitet (5 frågor) med lägsta värde på – 0,594 och bästa på 1,0. Samma formulär som användes före operationen sänds med en kompletterande fråga om tillfredsställelse till patienten ett år efter operationen. Differensen mellan värdena för de båda mätillfällena återges som förbättring enligt EQ 5D-index. Värdet per landsting baseras på data från klinikerna utifrån fysisk lokalisering i respektive landsting, oavsett patientens hemortslän
Datakälla	Nationalregistret för höftledsplastiker
Felkällor	Variation i patientmix (patienter med olika sjukdomsgrad, andra sjukdomar etc) kan påverka utfallet. Registret registrerar individbaserade demografiska variabler (casemix). Dessa variabler redovisas i registrets årsrapport per klinik. Vid en djupanalys för jämförelser av olika utfall för EQ 5D-index bör dessa variabler alltid anges och beaktas.

A 31 Höftfraktur – andel utskrivna till ursprungligt boende

Mått	Höftfraktur – andel utskrivna till ursprungligt boende 2004, procent.
Beskrivning	Måttet anger hur stor andel av patienterna som efter sjukhusvistelsen skrivs ut till samma boende som man hade innan sjukhusvistelsen. Det är därmed ett mått på i vilken mån patientens funktioner återställs efter frakturen.
Mätmetod	Täljaren består av antalet patienter som skrivs ut till samma boende, nämnaren av totala antalet höftfrakturpatienter under samma period. Redovisningen per landsting baseras på klinikens landstingstillhörighet, inte patientens. Inom de redovisade landstingen finns något sjukhus som inte deltagit i registreringen. Majoriteten av landets sjukhus är registrerade. För registrerade sjukhus är datakvaliteten hög och för de valda kvalitetsparametrarna i denna jämförelse uppskattas i stort sett 100% ha blivit registrerade. Data saknas från vissa landsting. Uppgifter för Stockholm avser 2003
Datakälla	Kvalitetsregistret RIKSHÖFT
Felkällor	Registrets täckningsgrad för riket som helhet har uppskattats till ca 80 procent. Varierande täckningsgrad inom landstingen.

A 32 Höftfraktur – väntetid till operation

Mått	Höftfraktur – väntetid till operation 2004
Beskrivning	Måttet anger hur lång tid (i dagar) det tar från det att patienten ankommer till sjukhuset till dess att operation utförs. Medelväntetiden för alla patienter.

Mätmetod	<p>Uppgift om medelväntetid till operation är baserad på dygn för ankomst respektive operation. Fr o m 2006 används klockslag och timmar istället.</p> <p>Redovisningen per landsting baseras på klinikens landstingstillhörighet, inte patientens.</p> <p>Inom de redovisade landstingen finns något sjukhus som inte deltagit i registreringen. Majoriteten av landets sjukhus är registrerade. För registrerade sjukhus är datakvaliteten hög och för de valda kvalitetsparametrarna i denna jämförelse uppskattas i stort sett 100% ha blivit registrerade. Data saknas från vissa landsting.</p> <p>Uppgifter för Stockholm avser 2003</p>
Datakälla	Kvalitetsregistret RIKSHÖFT
Felkällor	<p>Registrets täckningsgrad för riket som helhet har uppskattats till ca 80 procent. Varierande täckningsgrad inom landstingen.</p>

A 33 Ljumskbråck - andel omopererade inom fem år

Mått	Andel ljumskbråcksopererade patienter som omopererats inom fem år, 1996-2005, procent.
Beskrivning	Måttet avser omoperationer på grund av återfallsbråck i samma ljumske inom fem år, som andel av samtliga ljumskbråcksoperationer.
Mätmetod	<p>Antalet operationer som ligger till grund för redovisningen är över 100 000.</p> <p>Varje opererat bråck som är noterat i bräckregistret följs, från tiden för bräckoperationen framåt i tiden, tills en ny bräckoperation (en omoperation) i den opererade ljumskan eventuellt utförs. Med dessa data som grund kan risken att åter behöva opereras för ett bråck i samma ljumske beräknas i förhållande till tiden efter den första bräckoperationen, den kumulativa omoperationsincidensen.</p> <p>Redovisningen på landstingsnivå baseras på klinikers/sjukhus landstingstillhörighet (lokalisering), inte på patientens hemortslän.</p>
Datakälla	Svenskt Bräckregister
Felkällor	<p>Registrets täckningsgrad är mycket god, då ungefär 95 procent av alla rikets operationer registreras.</p> <p>Att klinikers lokalisering och inte patientens hemortslän är grund för redovisningen per landsting torde inte påverka mera än marginellt, då denna operationstyp är väl spridd i landet; därmed torde andelen operationer som utförs i annat landsting vara liten. Statistik från Svenskt Bräckregister visar att det finns skillnader i enskilda resultat mellan deltagande kliniker. Men den visar inte vad skillnaderna beror på. För att kunna säga något om orsaken till en observerad skillnad måste man känna till mer om förutsättningarna på de jämförda klinikerna. Som exempel kan nämnas att vissa kliniker opererar fler akuta bråck, fler återfallsbråck, det vill säga när ett ljumskbråck på samma sida har opererats tidigare (kallas också "omoperation"), samt fler bråck som är mer tekniskt krävande.</p> <p>Vid sådana bräckoperationer är risken för till exempel komplikationer efter operation, för ytterligare återfallsbråck och för längre vårdtider större. Därför kan en jämförelse av enstaka resultat mellan sådana kliniker och kliniker som endast opererar okomplicerade förstagångsbråck bli missvisande. Det är alltså svårt att jämföra resultat. Var därför försiktig med att dra slutsatser av enstaka siffror.</p>

A34 Kataraktoperation - andel med synskärpa under 0,5

Mått	Andel kataraktopererade patienter som hade synskärpa under 0,5 på bästa ögat, avseende 2005. Män och kvinnor.
Beskrivning	Måttet anger hur stor del av alla kataraktopererade patienter som hade sämre än 0,5 synskärpa på bästa ögat, vid tidpunkt för operation. Det är ett mått på tillgänglighet i de olika landstingen – hur dålig syn behöver man ha för att komma ifråga för operation?
Mätmetod	Täljaren: Antalet kataraktopererade patienter med synskärpa sämre än 0,5 dioptrier på bästa ögat. Nämnaren: Samtliga kataraktopererade patienter Närmare 80 000 kataraktoperationer per år registreras i kataraktregistret, vilket motsvarar i det närmaste samtliga operationer som utförs i Sverige. Redovisningen per landsting baseras på klinikens hemortslandsting, inte patientens.
Datakälla	Nationella Kataraktregistret
Felkällor	Om patienter som opereras i annat landsting än det egna landstinget skiljer sig från patienterna i stort, med avseende på synfelets storlek, kan detta påverka utfallet per landsting. Felet är sannolikt mycket litet, eftersom andelen patienter som opereras i annat landsting än det egna är liten.

A35 Prostatacancer, andel patienter som fått kurativt syftande behandling

Mått	Andelen patienter med lokaliserad prostatacancer som fått kurativt syftande behandling, 2004. Procent. Enbart patienter 65 år och yngre
Beskrivning	Måttet anger den andel av patienterna som fått kurativt syftande behandling, med vilket avses radikal prostektomi eller strålbehandling. Alternativet till kurativt syftande behandling är expektans, d v s att man avvaktar.
Mätmetod	Täljare: Antal patienter som erhållit kurativt syftande behandling.. Nämnare: Totala antalet patienter i angiven patientgrupp och ålderskategori Täckningsgrad för denna variabel är god.
Datakälla	Nationella Prostatacancerregistret
Felkällor	Tänkbar felkälla kan vara bristande tillförlitlighet i rapportering och registrering

B Patienterfarenheter

Beskrivning av indikatorerna B1-B7 saknas; se vidare www.vardbarometern.nu

B8 Strokepatienter – andel nöjda med vård vid sjukhus

Mått	Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med vården vid sjukhuset 2004, män och kvinnor
Beskrivning	Som en del i Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter tre månader från insjuknandet ge sin syn på olika aspekter av strokevården
Mätmetod	Patientenkät. I täljaren andel som anger att de är nöjda eller mycket nöjda med vården vid sjukhus. Nämnaren: Andelen av alla strokepatienter (som svarade)
Datakälla	Riks-Stroke
Felkällor	Täckningsgraden (andelen strokefall som rapporteras till registret) för registret varierar mellan landstingen. Andel av stroke-registrets fall som deltar i 3-månadersuppföljningen varierar. Svarefrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 90 procent för riket som helhet.

B8 Strokepatienter – andel nöjda med vård vid sjukhus

Mått	Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med vården vid sjukhuset 2004, män och kvinnor
Beskrivning	Som en del i Riks-Stroke's uppföljning av strokevården ges patienter möjlighet att via enkät efter tre månader från insjuknandet ge sin syn på olika aspekter av strokevården
Mätmetod	Patientenkät. I täljaren andel som anger att de är nöjda eller mycket nöjda med vården vid sjukhus. Nämnaren: Andelen av alla strokepatienter (som svarade)
Datakälla	Riks-Stroke
Felkällor	Täckningsgraden (andelen strokefall som rapporteras till registret) för registret varierar mellan landstingen. Andel av stroke-registrets fall som deltar i 3-månadersuppföljningen varierar. Svarefrekvensen i patientenkäten varierar mellan landsting, men uppgår till 90 procent för riket som helhet.

B9 Strokepatienter – andel nöjda med rehabiliteringen

Mått	Andel strokepatienter som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med rehabilitering i samband med strokevården 2004, män och kvinnor
Beskrivning	Se B8n
Mätmetod	Se B8
Datakälla	Se B8
Felkällor	Se B8

C Tillgänglighet

C1 Andel patienter – läkarbesök samma dag

Mått	Andel patienter som fick läkarbesök samma dag, x – x mars 2006
Beskrivning	<p>Uppgiften avser patienter som besöker läkaren för ett - för patienten och/eller hälso- och sjukvårdspersonalen - tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem.</p> <p>Patienter som besöker läkaren för kontroll/uppföljning av ett känt hälsoproblem eller patienter som kommer för att få ett hälsointyg omfattas inte.</p>
Mätmetod	<p>Mätningarna är heltäckande, dvs samtliga vårdcentraler/motsvarande samt privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas.</p> <p>Vårdcentralerna rapporterar uppgift om ålder, kön och faktisk väntetid i kalenderdagar per patient för den aktuella patientgruppen. Det är endast besök på allmänläkarmottagningen under ordinarie mottagningstid som skarapporteras.</p> <p>Faktisk väntetid redovisas i antal kalenderdagar och avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en tid bokad till besöksdagen.</p> <p>För patienter som kommit direkt till mottagningen och patienter som fått tid samma dag anges väntetid 0 dagar.</p> <p>Möjlighet ges att ange om patienten själv valt en senare tid för besöket än den som erbjöds av vårdcentralen, så kallad "patientvald väntetid". Vid sammanställning av uppgifterna exkluderas dessa patienter.</p> <p>Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2006 två gånger per år (mars och oktober) under fem dagar i följd. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.</p>
Datakälla	Databasen och webbpresentationen "Väntetider i Vården", primärvård
Felkällor	Problem med att avgränsa patientgruppen har framförts från en del vårdcentraler i de fall anvisningarna för mätning ej tillämpas utan registreringen sker i efterhand med hjälp av tidbok.

C2 Andel patienter – läkarbesök inom sju dagar

Mått	Andel patienter som fick läkarbesök inom sju dagar, mars 2006
Beskrivning	<p>Uppgiften avser patienter som besöker läkaren för ett - för patienten och/eller hälso- och sjukvårdspersonalen - tidigare obekant hälsoproblem eller för en oväntad eller kraftig försämring av ett tidigare känt hälsoproblem.</p> <p>Patienter som besöker läkaren för kontroll/uppföljning av ett känt hälsoproblem eller patienter som kommer för att få ett hälsointyg omfattas inte.</p>
Mätmetod	<p>Mätningarna är heltäckande, dvs samtliga vårdcentraler/motsvarande samt privata allmänläkarmottagningar med vårdavtal omfattas.</p> <p>Vårdcentralerna rapporterar uppgift om ålder, kön och faktisk väntetid i kalenderdagar per patient för den aktuella patientgruppen. Det är endast besök på allmänläkarmottagningen under ordinarie mottagningstid som ska rapporteras.</p> <p>Faktisk väntetid redovisas i antal kalenderdagar och avser tiden från det att patienten kontaktade vårdcentralen och fick en tid bokad till besöksdagen.</p> <p>För patienter som kommit direkt till mottagningen och patienter som fått tid samma dag anges väntetid 0 dagar.</p> <p>Möjlighet ges att ange om patienten själv valt en senare tid för besöket än den som erbjöds av vårdcentralen, så kallad "patientvald väntetid". Vid sammanställning av uppgifterna exkluderas patienter med patientvald väntetid.</p> <p>Primärvårdsmätningarna genomförs från och med 2006 under fem dagar i följd, mars och oktober. Uppgifterna rapporteras via Internet i ett verktyg som byggts speciellt för dessa mätningar.</p>
Datakälla	Databasen och webbplatsen "Väntetider i Vården", primärvård
Felkällor	<p>Problem med att avgränsa patientgruppen har framförts från en del vårdcentraler i de fall anvisningarna för mätning ej tillämpas utan registreringen sker i efterhand med hjälp av tidbok.</p> <p>Vidare är det oklart i vilken mån vårdcentralerna har rapporterat "patientvald väntetid" eftersom denna uppgift oftast inte noteras vid bokningstillfället.</p> <p>Andel patienter som får komma inom sju dagar är beroende av hur långt fram i tiden patienter kan bokas in för ett läkarbesök. Vissa vårdcentraler har tidboken öppen under begränsad tid.</p>

C3 Väntat längre än 90 dagar - behandling

Mått	Beräknat antal patienter som väntat längre än 90 dagar per 100 000 inv, 31 mars 2006. Behandling
Beskrivning	<p>De verksamhetsområden som ska rapportera till den nationella databasen är verksamheter inom den offentligt finansierade planerade specialiserade vården, det vill säga landstingsdrivna verksamheter och privata vårdgivare med avtal, vars vårdutbud omfattas av databasens urval. Det enskilda landstinget avgör vilka privata vårdgivare som ska redovisa och ansvarar för att kraven på rapportering avseende aktualitet och kvalitet följs upp.</p> <p>För närvarande ingår ett antal specialiteter i uppföljningen av besök. Vidare följs några enstaka undersökningar och drygt 20 behandlingar. Behovet av förändringar utreds i skrivande stund.</p> <p>Databasen för den specialiserade vården innehåller inte uppgifter om enskilda patienter, utan består av aggregerade uppgifter huvudsakligen från patient- och vårdadministrativa system.</p> <p>Uppgifterna avser patienter inom den planerade, specialiserade vården där beslut om remiss/vårdåtagande, undersökning och/eller behandling enligt givna medicinska indikationer har fattats i överenskommelse med patienten.</p>

Mätmetod	<p>Uppgiften avser antalet patienter som har väntat längre än 90 dagar vid respektive månadsskifte. Såväl bokade som obokade patienter ska ingå i uppgifterna.</p> <p>Följande patientgrupper ska inkluderas:</p> <ul style="list-style-type: none"> » patienter som fått en framflyttad tid på grund av att verksamheten ändrar avtalad tid för besök/undersökning/behandling (orsak kan vara brist på personal, operationstider m m). » barn och vuxna som förekommer på samma väntelista inom samma verksamhetsområde eller samma behandling. <p>Följande patientgrupper ska exkluderas:</p> <ul style="list-style-type: none"> » patienter som själva valt att vänta minst 14 dagar längre än erbjudet (patientvald väntetid) » patienter som av medicinska skäl måste vänta längre än 14 dagar längre än erbjuden tid. <p>Svarsfrekvensen skiljer sig åt mellan landstingen. Det faktiska värdet (antal patienter) som varje landsting rapporterat har därför justerats för detta, under antagandet att antalet väntande är direkt proportionellt mot svarsfrekvensen. Ett landsting med ett faktiskt värde på 100 och en svarsfrekvens på 50% får det beräknade värdet 200 (100 dividerat med 0,5).</p>
Datakälla	Databasen och webbplatsen ”Väntetider i Vården”, specialiserad vård
Felkällor	<p>Variationer i det lokala kvalitetssäkringsarbetet kring såväl organisation som rapporteringsrutiner för tillgänglighetsuppföljning.</p> <p>Låg svarsfrekvens från vissa landsting/regioner och/eller för vissa verksamhetsområden samt den valda tekniken för att justera för skiftande svarsfrekvens är en påtaglig felkälla. Om låg svarsfrekvens beror på att många mindre enheter ej rapporterats data, kommer det beräknade antalet väntande sannolikt att överskattas.</p>

C4 Väntat längre än 90 dagar - mottagning

Mått	Beräknat antal patienter som väntat längre än 90 dagar per 100 000 inv, 31 mars 2006. Mottagning.
Beskrivning	Se behandling
Mätmetod	Se behandling
Datakälla	Se behandling
Felkällor	Se behandling

D Kostnader

D1 Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad, kr per invånare

Mått	D1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad, exklusive tandvård och hemsjukvård, per invånare 2004. Kr
Beskrivning	<p>Som kostnadsbegrepp används nettokostnad, samma begrepp som används i resultatredovisningen, dvs verksamhetens kostnader minus verksamhetens intäkter. Med nettokostnad avses den kostnad som ska finansieras med landstingsskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Kostnader för privat vård och den vård som befolkningen konsumerar i annat landsting ingår. Kostnader för verksamhet som landstinget säljer till andra landsting ingår inte.</p> <p>Kostnaden för läkemedelsförmånen ingår. Statsbidraget (redovisas under verksamhetens intäkter) täckte dock kostnaderna för nästan alla landstingen 2004. Förmånen redovisas som ett särskilt område, inte under primärvård eller specialiserad vård.</p> <p>Tandvård och hemsjukvården har exkluderats från hälso- och sjukvården, hemsjukvård för att nå ökad jämförbarhet; landstingens ansvarsgräns visavi kommunerna varierar efter Ädelreformen 1992.</p>
Mätmetod	Landstingen rapporterar kostnads- och intäktsuppgifter för olika områden och delområden enligt SKL:s verksamhetsindelning för landsting och regioner, VI 2000. Hälso- och sjukvård utgör ett av två huvudområden, tandvård ett område och hemsjukvård ett delområde. Avstämning mot externbokslut sker. Antalet invånare per den 31/12 2004 används.
Datakälla	Ekonomi- och verksamhetsstatistik enligt VI 2000, Sveriges Kommuner och Landsting. Befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån.
Felkällor	<p>Kostnader för hälso- och sjukvård exkl tandvård är ett väl etablerat mått med god kvalitet. Landstingen har vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom verksamheten är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Alternativet att inkludera hemsjukvården skulle försämra jämförbarheten.</p> <p>Vid tolkning bör noteras att måttet inte tar hänsyn till skilda behov hos befolkningar i olika landsting.</p>

D2 Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad – rel till förväntad kostnad

Mått	D2. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad, exklusive tandvård, per invånare 2004, i relation till förväntad kostnad. Index
Beskrivning	<p>Faktisk nettokostnad dividerad med förväntad nettokostnad enligt behovsindex för hälso- och sjukvård, exklusive tandvård, per invånare uttryckt i indexform.</p> <p>Nettokostnadsbegreppet beskrivs i indikatormått D1. För att få jämförbarhet med beräkningen av behovsindex ingår hemsjukvård men inte tandvård.</p> <p>Den faktiska nettokostnaden divideras med genomsnittskostnaden för alla landsting och multipliceras med 100, dvs uttrycks i indexform. (Exempel: Norrbotten har index 111, dvs nettokostnaden låg 11 % över genomsnittsvärdet 2004.)</p> <p>En förväntad nettokostnad enligt behovsindex beräknas årligen i det kommunala utjämningsystemet för hälso- och sjukvården. Indexet ska justera för att landstingen har olika förutsättningar beroende på befolkningsunderlag. Faktorer som påverkar indexet är glesbygd och förekomst av vissa särskilt vårdtunga grupper samt skillnader i befolkningen vad gäller ålder, sysselsättning, inkomster och boende. (Exempel: Behovsindex för Norrbottens läns landsting 2004 är 108, dvs Norrbotten har en förväntad nettokostnad per invånare som ligger 8 % över riksgenomsnittet.)</p> <p>Den faktiska kostnaden divideras med den förväntade kostnaden och multipliceras med 100. (Exempel: Kostnadsindex 2004 för Norrbotten är 103 $(111/108)*100$, dvs om man justerar för landstingens olika förutsättningar har landstinget en kostnad som överstiger genomsnittskostnaden med 3 procent.)</p>
Mätmetod	Faktiska kostnader: Se indikator D1. Behovsindex. Modell enligt utjämningsystemet
Datakälla	Ekonomi- och verksamhetsstatistik enligt VI 2000, Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdtunga grupper: Patientregistret, Socialstyrelsen Befolkningsdata: Statistiska centralbyrån.
Felkällor	Faktiska kostnader: Se indikator D1. Behovsindex: Måttet är väl etablerat och används ofta. Det finns dock olika uppfattningar om huruvida modellen fångar upp förutsättningarna för landstingen på ett rättvisande sätt.

D3 Primärvård – kostnad per invånare

Mått	D3. Landstingens kostnader för primärvård, exkl hemsjukvård, per invånare, kr.
Beskrivning	<p>Primärvård (jämför specialiserad somatisk och psykiatrisk vård nedan) omfattar allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödra- och barnhälsovård, sjukgymnastik, arbetsterapi, primärvårdsansluten hemsjukvård, jourverksamhet, m m. Som kostnadsbegrepp används nettokostnad. För beskrivning, se indikator D1.</p>
Mätmetod	Primärvård utgör ett område hemsjukvård ett delområde enligt VI 2000. Se vidare beskrivning under indikator D1.
Datakälla	Se indikator D1.

Felkällor	Vad som ska redovisas under primärvård och hemsjukvård framgår av definitioner och anvisningar i VI 2000. Kvaliteten och jämförbarheten i uppgifterna bör vara god även om landstingen kan ha vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Vid tolkning bör noteras att måttet inte tar hänsyn till skilda behov hos befolkningar i olika landsting.

D4 Specialiserad somatisk sjukvård – kostnad per invånare

Mått	D4. Landstingens kostnader för specialiserad somatisk vård, exkl hemsjukvård, per invånare, kr.
Beskrivning	Området omfattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering och geriatrik. Jämför primärvård ovan. Som kostnadsbegrepp används nettokostnad. För beskrivning, se indikator D1.
Mätmetod	Specialiserad somatisk vård utgör ett område och hemsjukvård ett delområde enligt VI 2000. Se vidare beskrivning under indikator D1.
Datakälla	Se indikator D1.
Felkällor	Vad som ska redovisas som specialiserad somatisk vård och hemsjukvård framgår av definitioner och anvisningar i VI 2000. Kvaliteten och jämförbarheten i uppgifterna bör vara god även om landstingen kan ha vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Vid tolkning bör noteras att måttet inte tar hänsyn till skilda behov hos befolkningar i olika landsting.

D5 Specialiserad psykiatrisk vård – kostnad per invånare

Mått	D5. Landstingens kostnader för specialiserad psykiatrisk vård, hemsjukvård, per invånare, kr.
Beskrivning	Området omfattar allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri. Såväl korttidsvård som långtidssjukvård ingår. För att öka jämförbarheten mellan landstingen exkluderas hemsjukvård. Som kostnadsbegrepp används nettokostnad. För beskrivning, se indikator D1.
Mätmetod	Specialiserad psykiatrisk vård utgör ett område och hemsjukvård ett delområde enligt VI 2000. Se vidare beskrivning under indikator D1.
Datakälla	Se indikator D1.
Felkällor	Vad som ska redovisas under specialiserad psykiatrisk vård och hemsjukvård framgår av definitioner och anvisningar i VI 2000. Kvaliteten och jämförbarheten i uppgifterna bör vara god även om landstingen kan ha vissa problem att skilja ut hemsjukvården eftersom den är integrerad i annan hälso- och sjukvård. Vid tolkning bör noteras att måttet inte tar hänsyn till skilda behov hos befolkningar i olika landsting.

D6 Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad – förändring 2002-2004

Mått	D6. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad, exklusive tandvård och hemsjukvård, per invånare. Förändring 2002-2004. Procent.
Beskrivning	Se indikator D1.
Mätmetod	Se indikator D1.
Datakälla	Se indikator D1.
Felkällor	Se indikator D1.

D7 Specialiserad somatisk vård- kostnad per (konsumerad) DRG-poäng

Mått	D7. Kostnad per (konsumerad) prestation/DRG-poäng, specialiserad somatisk vård totalt, kr.
Beskrivning	Som kostnadsbegrepp används nettokostnad. För beskrivning, se indikator D1. DRG-poäng: Sjukvårdens prestationer uttrycks här i konsumerade DRG-poäng. DRG-poäng beräknas på landstingens konsumerade vårdtillfällen och besök som justeras för den beräknade vikt varje vårdkontakt har. Alla vårdkontakter grupperas i NordDRG för aktuellt år och får därmed en DRG-Grupp och en vikt. Besök som ej är läkarbesök finns ej tillgängliga på individnivå nationellt och åsätts därför en standardvikt. Antal DRG-poäng är summan av alla vårdkontakter * vikten för respektive vårdkontakt.
Mätmetod	Specialiserad somatisk vård utgör ett område enligt VI 2000. Vikterna till NordDRG beräknas på den nationella Kostnad Per Patient (KPP) – databasen som innehåller verkliga kostnader per vårdtillfälle för cirka 40% av den slutna vården 2004. Prestationerna hämtas från de nationella patientregistren och från SKL:s besöksstatistik för övriga besök utom läkare.
Datakälla	Kostnader: Se indikator D1. DRG-poäng: Patientregistret och SKL:s besöksregister och egna beräkningar
Felkällor	Vad som ska redovisas under somatisk vård framgår av definitioner och anvisningar i VI 2000 DRG-poäng beräknas på de individuella vårdkontaktens primära registreringar om främst diagnoser och åtgärder. Det gör att felaktigheter i grundkodningen kan komma att påverka utfallet (dock marginellt). Patientregistret i slutenvård är väl etablerat men i den öppna vården förekommer fortfarande brister.

D8 Specialiserad somatisk vård- produktivitet utveckling 2002-2004

Mått	D8. Produktivitet utveckling 2002-2004, specialiserad somatisk vård totalt.procent
Beskrivning	Se indikatormått D7.
Mätmetod	Se indikatormått D7. Vid beskrivning av produktivitet över tid används det senaste årets NordDRG-version och DRG-vikter på alla år bakåt. Kostnaderna räknas upp till senaste årets kostnadsnivå med hjälp av LPI.
Datakälla	Se indikatormått D7.

Felkällor	Kostnader: Tämligen god kvalitet och jämförbarhet mellan landstingen SE D7

D9 Kostnad per vårdkontakt, primärvård

Mått	D9. Landstingens kostnad per vårdkontakt i primärvård, exkl hemsjukvård, kr.
Beskrivning	<p>Primärvård: Se beskrivning indikator D3.</p> <p>Kostnadsbegrepp: Nettokostnad. För beskrivning se indikator D1.</p> <p>Vårdkontakt: Antalet besök av olika typ (mottagningsbesök, hembesök, hemsjukvårdsbesök) samt telefonkontakter (endast om de ersatt ett besök) hos/av läkare och andra personalkategorier. De olika typerna av besök och telefonkontakterna har viktats enligt genomsnittlig resurstyngd. På samma sätt har läkarkontakter och kontakter hos andra personalkategorier viktats.</p> <p>Ett hembesök motsvarar 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Ett besök hos annan personalkategori än läkare motsvarar 40% av ett läkarbesök.</p>
Mätmetod	<p>Primärvård utgör ett område och hemsjukvård ett delområde enligt VI 2000.</p> <p>Se vidare beskrivning under indikator D1.</p>
Datakälla	Se indikator D1.
Felkällor	<p>Kostnader: Se beskrivning under D3.</p> <p>Vårdkontakter: Viss osäkerhet finns i uppdelningen efter typ av besök och i uppgifterna om telefonkontakter. Statistiken är ny, registreringen är ännu inte fullständig i alla landsting.</p>